

CUÍDATE - CUÍDAME

INFORME ANUAL DE EVENTO MORTALIDAD MATERNA, CALDAS 2016 HASTA SEMANA 52 PERIODO EPIDEMIOLOGICO 13

Carlos Alberto Lepineux
Dirección Territorial de Salud de Caldas
Subdirección de Salud Pública
clepineux@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna muestra cifras que son demasiado altas. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (1).

Desde 1990, el número de muertes maternas ha disminuido en un 43% a nivel mundial. En el África Subsahariana esta disminución ha sido de alrededor del 50% mientras que en otras regiones como Asia y Norte de África el progreso ha sido aún mayor. La disminución de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) a nivel mundial entre 1990 y el año 2000 se redujo en un 2,3% al año, a partir de allí la reducción fue más rápida superando el 5,5% anual. (1)

A partir de dicha disminución y teniendo en cuenta que, si es posible mejorar el indicador, los países han adoptado una nueva meta para reducir aún más la mortalidad materna. Esta meta se refiere al Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 que consiste en reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial, estos objetivos han de alcanzarse entre 2015 y 2030. (1), (3)

Al ver que es posible acelerar la reducción, los países han adoptado una nueva meta para reducir aún más la mortalidad materna. Una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 consiste en reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial, estos objetivos deben alcanzarse entre 2015 y 2030.

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria (1)

CUÍDATE - CUÍDAME

La salud materna e infantil son prioridad a nivel mundial y son indicadores trazadores que reflejan la calidad de vida y la calidad de los servicios de salud. La mortalidad materna es además la máxima expresión de injusticia social, porque afecta a las mujeres más pobres, residentes en el área rural, con menor nivel educativo y las que tienen mayores problemas de acceso a los servicios de salud además de otras situaciones de vulnerabilidad. (1)

Por su parte Colombia, en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 plantea como una meta del componente de “Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género” para el año 2021, que la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país. (4)

Pese a una reducción significativa del número de muertes maternas (de una cifra estimada de 523 000 en 1990 a 289 000 en 2013), el ritmo de esa disminución es de poco más de la mitad de la necesaria para alcanzar la meta de los ODM de reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015.

El objetivo de la nueva *Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes*, presentada en septiembre de 2015 por el Secretario General de las Naciones Unidas, es ayudar a alcanzar la ambiciosa meta incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos. Para ello será necesario triplicar con creces el ritmo de los avances y pasar de la mejora anual del 2,3% de la RMM registrada entre 1990 y 2015 a un 7,5% anual a partir del año 2016. (15)

Para reducir el número de muertes maternas, las mujeres requieren tener acceso a una atención de la salud reproductiva de buena calidad y a intervenciones eficaces. En 2012, el 64% de las mujeres de 15-49 años que estaban casadas o en unión consensual utilizaban algún método anticonceptivo, mientras que el 12% quería detener o posponer la maternidad, pero no estaban utilizando anticonceptivos. La proporción de mujeres que reciben atención prenatal por lo menos una vez durante el embarazo fue de alrededor del 83% en 2006-2014, pero para el mínimo recomendado de cuatro o más visitas, la cifra correspondiente se reduce a alrededor del 64%.

La proporción de partos atendidos por personal cualificado, crucial para reducir la mortalidad perinatal, neonatal y materna, es superior al 90% en tres de las seis regiones de la OMS. Sin embargo, es necesario aumentar la cobertura en ciertas regiones, como la Región de África de la OMS, donde la cifra sigue siendo inferior al 51%. (5)

La vigilancia en salud pública de la mortalidad materna es una herramienta que permite desde el análisis de la misma, la toma de decisiones y el manejo de las estrategias implementadas, de manera que sirvan para generar un impacto positivo en los indicadores de la salud de las gestantes y evitar la ocurrencia del evento.

CUÍDATE - CUÍDAME

En este informe, se presenta el comportamiento del evento de muerte materna en el departamento de Caldas hasta el periodo epidemiológico 12 Semana 48 de 2016.

2- COMPORTAMIENTO DEL EVENTO A NIVEL MUNDIAL

La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo durante el año 2015 fue de 239 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados este indicador se ubicó en sólo 12 por 100.000 nacidos vivos. Estas diferencias no solo se presentan entre países, también dentro de los mismos existen diferencias en distintos entornos, como entre las mujeres residentes en el área rural comparadas con las residentes del área urbana, entre las mujeres con ingresos altos y bajos, mujeres con diferentes niveles educativos. (6)

Dentro de los principales determinantes de la mortalidad materna se encuentra la edad de la mujer, las adolescentes menores de 15 años presentan un mayor riesgo de mortalidad por complicaciones del embarazo y el parto especialmente en los países en desarrollo. (1)

Debido a que en los países en desarrollo las mujeres tienen más embarazos en comparación con las mujeres de los países desarrollados, en los primeros, las mujeres tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. Por lo que este riesgo es de 1 en 4900 en los países desarrollados en contraste con 1 en 180 en los países en desarrollo. Para citar un ejemplo, la probabilidad de morir por causas relacionadas con el embarazo para una joven de Suecia es de 1 entre 17.400 mientras que, si se trata de una joven de Sierra Leona, la probabilidad pasa a ser de 1 entre 8. (1), (7)

Teniendo en cuenta las causas de muerte, según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las causas de más de 60.000 defunciones maternas en 115 países, el 28% de las muertes fue provocado por afecciones preexistentes (diabetes, paludismo, infección por VIH y obesidad) agravadas por la gestación.

Otras causas fueron (8):

- Las hemorragias graves (en su mayoría durante y después del parto): 27%
- La hipertensión gestacional (preclampsia y eclampsia): 14%
- Las infecciones (generalmente después del parto): 11%
- Parto obstruido y otras causas directas: 9%
- Complicaciones de abortos: 8%
- Coágulos sanguíneos (embolias): 3%

La mayoría de las muertes por estas causas son evitables si se identifica el riesgo y las gestantes reciben la atención adecuada y oportuna. Entre las intervenciones que deben recibir las gestantes se encuentran la atención prenatal, la asistencia de personal calificado durante el parto, acceso a atención obstétrica cuando sea

CUÍDATE - CUÍDAME

necesario, atención postnatal, atención al recién nacido y educación respecto a cuidados generales, postparto, signos de alarma, lactancia materna y cuidados del bebé. (1), (8)

Dichas intervenciones son sencillas de realizar y son “medidas rentables y de eficacia probada”, que todas las mujeres que lo requieran tienen derecho a recibir. Sin embargo, a pesar de esto, se estima que “por cada mujer que muere por causas relacionadas con el embarazo y el parto, hay otras 20 que padecen enfermedades relacionadas con el embarazo o que experimentan otras consecuencias graves” (8)

En Latinoamérica, la mortalidad materna disminuyó en un 40% entre 1990 y 2013, para 1990 se estimaba una razón de 140 por cada 100.000 nacidos vivos, para 2010, la razón estimada fue de 80 por 100.000 NV. Sin embargo, existe una diferencia marcada entre países de América, en donde el nivel de desarrollo marca esta diferencia, dado que en países como Canadá las muertes estimadas son 12 por cada 100.000 nacidos vivos, Chile 25 muertes maternas por cada 100.000 NV en el año 2010, mientras que Haití continúa con la razón más alta de la región, 325 por cada 100 nacidos vivos, Bolivia con 190, Ecuador 110 por cada 100 nacidos vivos, Perú 67 por cada 100 nacidos vivos. En Colombia la razón de muerte materna se estimó para 2010 en 71,64 por cada 100 mil nacidos vivos la probabilidad de morir por una causa materna durante la vida reproductiva de una mujer es de 1 en 460 mujeres, mientras que en Chile es de 1 en 2000 mujeres. (11)

COMPORTAMIENTO DEL EVENTO EN COLOMBIA

La tendencia en la razón de mortalidad materna (RMM) en Colombia de 1998 a 2014 ha tenido variaciones desde el año 2000, donde se presentó la RMM más elevada (102), a partir de ese año ocurre una disminución importante, siendo el año 2008 el que presenta la RMM más baja (60,6), y según el último dato oficial registrado por el DANE en 2013 la RMM en Colombia es de 55 por 100000 Nacidos vivos. (13)

A pesar de ello, se presentan grandes diferencias entre departamentos, por un lado, Bogotá y Quindío ya alcanzaron la meta propuesta para el país, mientras que Chocó reportó para 2011 una RMM similar a la estimada en 2010 para países africanos como Etiopía, Ghana, Ruanda y similar a la de Haití, país de LAC con la RMM más alta en la región. (10)

El departamento del Chocó presentó en 2011 una razón de mortalidad materna (RMM) 4,20 veces más alta que la nacional, la RMM de La Guajira fue 1,42 veces más alta que la nacional. Departamentos como Vaupés, Cauca, Amazonas, Nariño, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Meta, Córdoba, Magdalena, Arauca, Cesar, y Caldas presentan razones de mortalidad materna significativamente mayores que la nacional, con un nivel de confianza del 95%. En contraste, la RMM de Norte de Santander, Risaralda, Cundinamarca, Boyacá,

CUÍDATE - CUÍDAME

Santander, Tolima, Quindío, Casanare, Guainía, Guaviare y Vichada y Bogotá, D.C., es significativamente más baja que la nacional, con un nivel de confianza del 95%. (12)

La mortalidad materna es más alta en las personas que se encuentran en el quintil más pobre. La RMM es 1,72 veces más alta en los departamentos con mayor proporción de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) como Vaupés, Sucre, Córdoba, Guainía, La Guajira, Vichada y Chocó; que los departamentos que se encuentran en el quintil de menor proporción de personas con NBI como Bogotá D.C., Valle del Cauca, Quindío, Risaralda, Caldas, Cundinamarca y Santander. (12) Respecto al área de residencia, se producen 42,83 más muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el área rural dispersa en comparación con las cabeceras municipales. (12)

Por otra parte, por etnia la razón más alta se encuentra en la población Rom y en los Palenqueros de San Basilio. Indicador que se encuentra influenciado por el denominador tan pequeño, por lo que una sola muerte tiene un peso muy alto. (12)

Respecto a las principales causas directas de mortalidad materna temprana, presentadas durante el primer periodo epidemiológico de 2016 (datos preliminares), en primer lugar, se encuentran los trastornos hipertensivos con seis casos, sepsis obstétrica con dos casos, derivación del tratamiento con un caso y aborto con un caso. Para las muertes maternas indirectas, las causas más frecuentes están relacionadas con sepsis de origen no ginecobstétrico con dos casos, cardiopatías con un caso, Malaria, Causas Hematológicas, Varicela Zoster, causas cerebrovasculares y oncológicas con un caso cada una. (13)

3- OBJETIVO

- Documentar el comportamiento de la mortalidad materna en el departamento de Caldas hasta el periodo epidemiológico 13, semana 52 del año 2016, frente a magnitud, tendencia y algunas variables sociales y demográficas de acuerdo al reporte de casos al SIVIGILA en cumplimiento de la vigilancia rutinaria establecida para este evento.
- Identificar el cumplimiento de la notificación de los casos de mortalidad materna en Caldas hasta el periodo 13 de 2016.
- Elaborar y presentar informe anual del evento Mortalidad Materna en cumplimiento de los lineamientos del INS.

4- MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de casos de mortalidad materna notificados al Sistema de Nacional de Vigilancia en Salud Pública- SIVIGILA mediante el código 550, hasta el periodo epidemiológico XIII de 2016.

Para realizar el análisis, se toma la información de las Unidades de análisis de mortalidad materna en el Departamento de Caldas, reportadas hasta la semana 52

CUÍDATE - CUÍDAME

de 2016. De igual manera se realizó comparativo del comportamiento del evento desde el 2013 al periodo 13 de 2016.

5- RESULTADOS

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2016 en el Departamento de Caldas, se han notificado al SIVIGILA cuatro casos de muertes maternas, los cuales se discriminan así:

1 caso de Muerte Materna temprana, notificado en la semana epidemiológica 30 de 2016, la cual se encuentra en medicina legal, para definir causa final de muerte. En unidad de análisis Departamental se presume TEP masivo (Muerte Materna Directa temprana, las ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación).

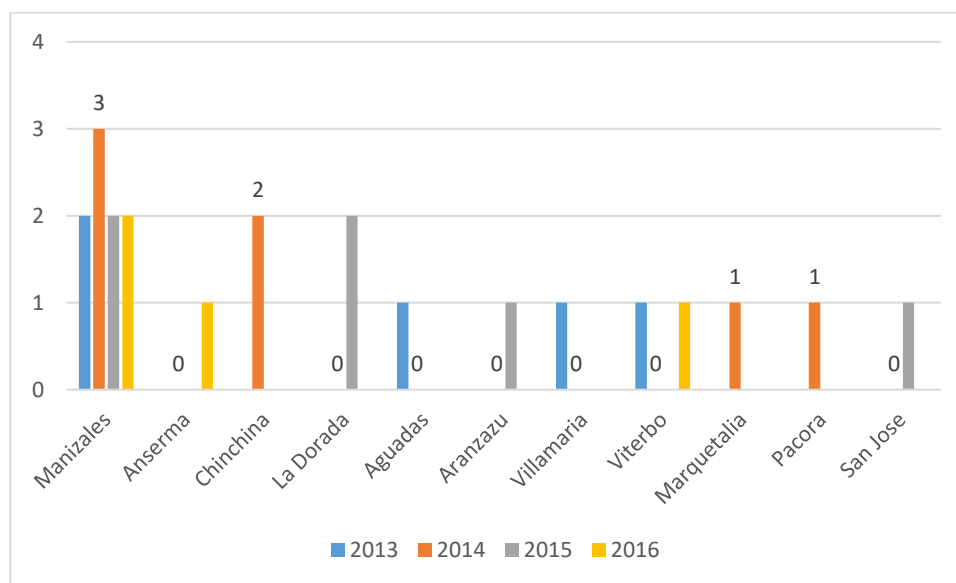
Otro caso reportado en la semana epidemiológica 25 con causa de muerte: Ca de Cérvix (Muerte Materna Tardía Indirecta, las ocurridas desde el día 43 y hasta un año de terminada la gestación).

El tercer caso fue notificado en la semana epidemiológica 14 de 2016 con causa de muerte falla hepática (muerte materna Tardía Indirecta).

Según estadísticas Vitales RUAF se encuentran los siguientes casos:

Un caso registrado el 4 de junio de 2016 por Medicina legal en Pereira, el cual corresponde a una muerte materna tardía Indirecta, La paciente procedía del municipio de Viterbo.

Grafica 1. Mortalidad materna por municipio de residencia, Caldas 2013 2016 hasta periodo 13



Fuente: SIVIGILA DTSC 2016

CUÍDATE - CUÍDAME

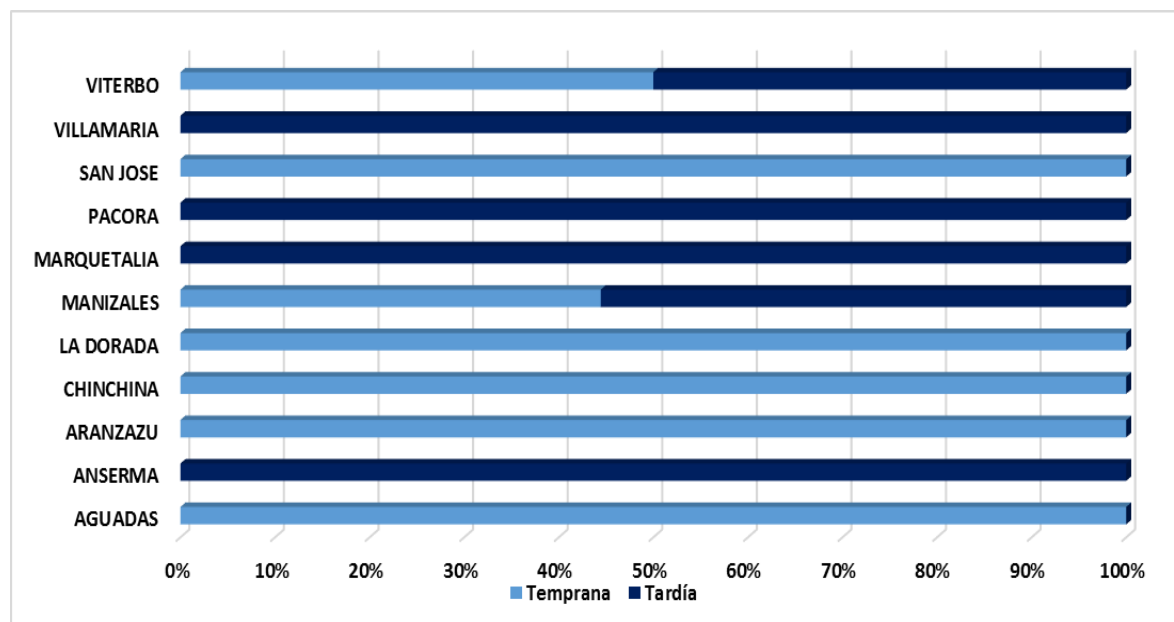
De los municipios que han notificado muertes maternas tempranas en el periodo 2013 - 2016 (a semana epidemiológica 52) y teniendo en cuenta el momento o tipo de muertes según residencia, se observa que las muertes tempranas tienen un 54.2% (n=13) y las tardías 45,8% (n=11). El 100% de los casos para Los municipios de Villamaria, Pacora y Marquetalia se reportaron como tardías; de igual forma en San José, Chinchiná, Aranzazu y Aguadas, el 100% de las muertes maternas reportadas fueron tempranas. Ver gráfica 2

5.1 Patrón de ocurrencia de la notificación

En el periodo de estudio (año 2013 a 2016) se presentaron un total de 22 muertes maternas. De las anteriores 7 correspondieron a muertes directas, o sea relacionadas con el proceso obstétrico y 15 indirectas por otras causas diferentes al proceso obstétrico. Las muertes maternas directas tempranas fueron 2 casos, y 5 tardías.

Respecto al patrón de ocurrencia por municipio se puede observar algunas variaciones entre los años 2013 hasta el 2016. Siendo Manizales el municipio que reporta casos durante todos los años mencionados. (Grafica1).

Gráfica 2. Porcentaje de muertes maternas según momento o tipo de muerte por municipio de residencia, Caldas, 2013 a 2016



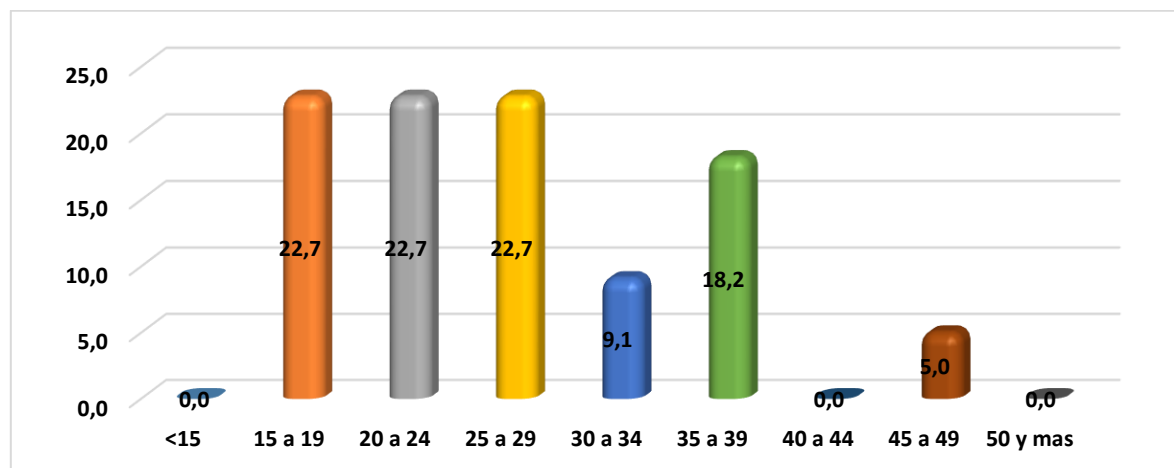
Fuente: Sivigila DTSC

5.2. Magnitud en lugar y persona

El análisis sobre el área de residencia de las muertes maternas se encontró que el mayor porcentaje de casos se encuentra en el área urbana con el 72,72% (n=16), el 18,2% (n=4) se ubicaron en el área rural y el 9,1% (n=2) en centros poblados. Con respecto a la pertenencia étnica los casos de muerte materna se concentraron en el 95,5% (n=21) en otros grupos poblacionales y el 4,5% (n=1) en el grupo poblacional indígena.

De acuerdo a los grupos de edad se encontró que el primer lugar lo ocupa el grupo de 15 a 19 años con un 22,7%, al igual que los grupos de edad de 20 a 24 años y el de 25 a 29 años que tienen el mismo porcentaje de los casos. (22,7%). El 54,5% de los casos se presentó en el grupo de edad de 20 a 39 años, Puede observarse que los porcentajes más altos de presentan en las edades con mayores tasas reproductivas. Ver gráfica 3.

Gráfica 3. Porcentaje de casos de muerte materna por grupos de edad, Caldas 2013 a periodo 13 de 2016.



Fuente: Sivigila 2016 DTSC a Sem 52

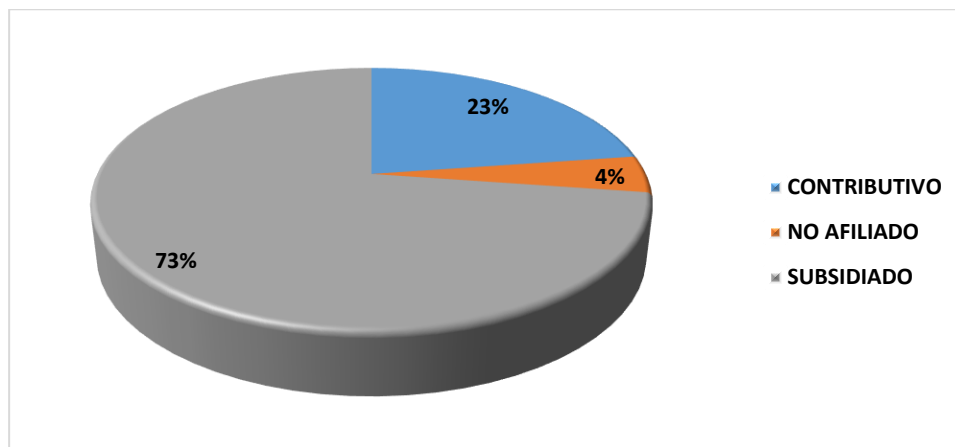
Se debe prestar especial atención al grupo de edad adolescente (15 a 19 años) donde se encuentran el mayor porcentaje de casos. Los factores que representan riesgo y que están asociados al embarazo adolescente se encuentran la preclampsia severa y los trastornos de coagulación como causas identificadas.

La Razón de Mortalidad Materna más alta se encontró en el grupo de 15 a 19 años, seguida por las que se encuentran entre 35 a 39 años. Lo anterior confirma que el potencial de reproducción se reduce con el incremento de la edad y con ello el riesgo obstétrico por la presentación de diversas complicaciones antes, durante y posterior

CUÍDATE - CUÍDAME

al parto. Con respecto a la seguridad social el 73% de los casos de muerte materna en el periodo 2013 a 2016 pertenecían al régimen subsidiado, el 23% al régimen contributivo y el 4% no tenían aseguramiento. Gráfica 4.

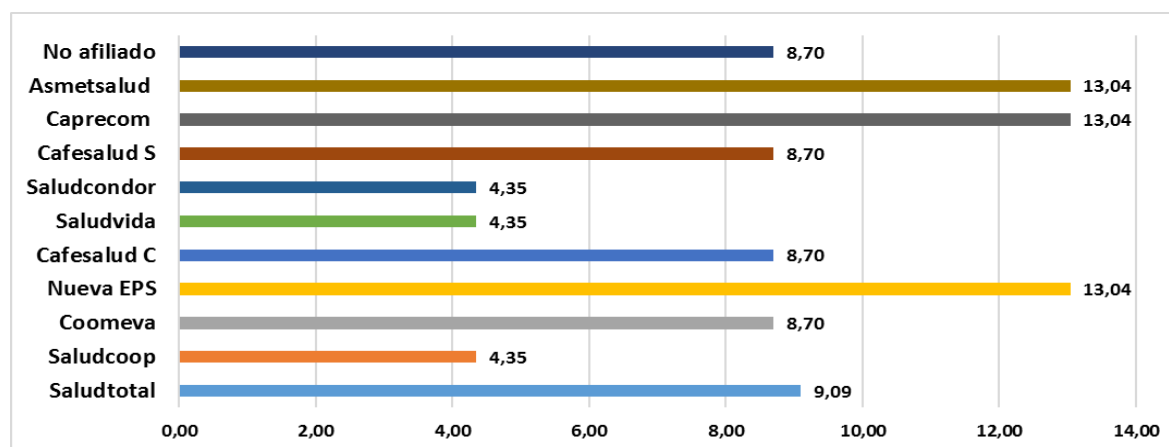
Gráfica 4. Distribución porcentual de los casos de muerte materna según el tipo de aseguramiento, Caldas 2013 - 2016 a periodo 13



Fuente: Sivigila DTSC

Las Empresas administradoras de planes de Beneficios EAPB, que presentaron mayores casos son: Asmetsalud, Caprecom Cafesalud y Nueva EPS (13,04%), le siguen Cafesalud Subsidiado Cafesalud contributivo y Coomeva (8,7%) Entre las que presentaron menos casos está Saludvida, Saludcándor, Saludcoop cada una con 4,35% de los casos Ver gráfica 5.

Gráfica 5. Principales empresas aseguradoras, con porcentaje de casos de muerte materna, Caldas 2013 a 2016.



Fuente: Sivigila Dirección Territorial de Salud de Caldas

5.3. Causas de muerte materna

Tabla 1. Causas de muerte materna, Caldas 2013 a periodo 12 de 2016

Causas indirectas de muerte materna	Causas directas de muerte materna
Cáncer de mama	Abuptio de placenta
Carcinoma in situ de recto	Choque séptico y hemorrágico
Carcinoma in situ de cérvix	Síndrome de Hellp, Dengue grave
Choque no especificado	Hemorragia obstétrica por Atonía Uterina
Hemorragia subaracnoidea de arteria basilar	Preclampsia severa
Herida corto punzante en tórax	Trombo embolismo Pulmonar
Herida por arma de fuego	Tuberculosis que complica el embarazo, parto y puerperio
Neumonía viral	Insuficiencia hepática subaguda
Obstrucción respiratoria por Rinoescleroma	
Quemaduras mayores al 60% SC	
Sepsis	
Edema pulmonar	
Tumor maligno de la trompa de Falopio	

Fuente: Sivigila

Según las causas de muerte identificadas en los casos reportados, en las muertes maternas directas los trastornos hemorrágicos se presentan con mayor frecuencia y se presentan de forma temprana. Las enfermedades infecciosas asociadas como la tuberculosis y el dengue se presentan como factores que complican el curso del embarazo, el parto y el puerperio.

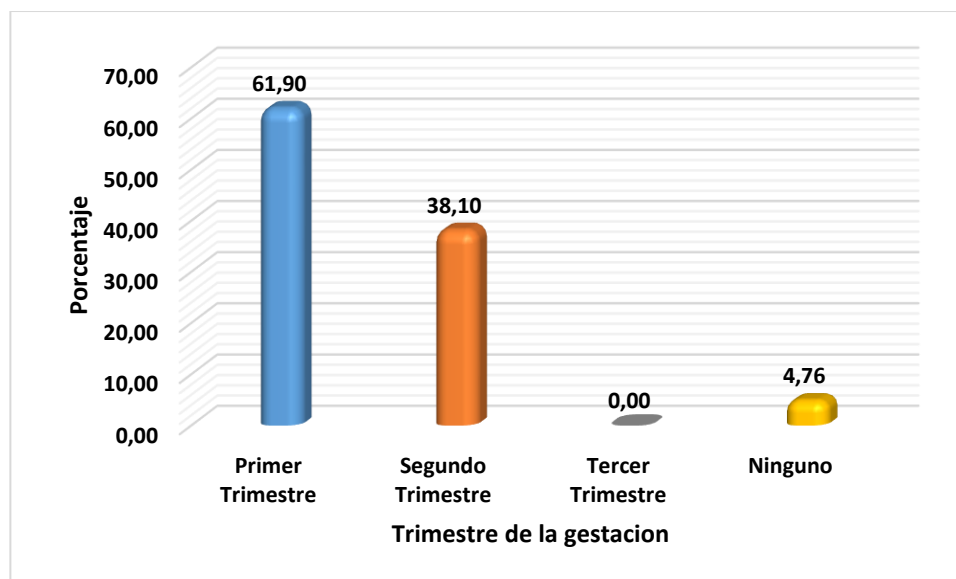
Las muertes maternas asociadas a causas indirectas se han convertido en un suceso preocupante en el departamento de Caldas por el incremento de los casos en el tiempo. La violencia intrafamiliar como factor social se identificó en dos de los casos de muerte materna indirecta. El cáncer es otra de las causas que se encontraron asociadas a las muertes maternas. Hubo un caso relacionado con suicidio en una mujer de 18 años, la vinculación del suicidio con la salud sexual y reproductiva comenzó a hacerse visible a raíz del estudio de la muerte materna. A pesar de que la muerte materna por suicidio puede presentarse en todas las edades reproductivas, su incidencia se eleva en las adolescentes. Para el 2016 los casos presentados hasta la semana 52, dos se relacionan con causas indirectas y se presentaron de manera tardía, siendo una paciente con un nivel educativo universitario con problemas de alcoholismo crónico, y con acceso a todos los servicios de salud. El otro caso de 2016 reportado en Sivigila correspondió a muerte materna temprana en unidad de análisis Departamental se presume TEP masivo.

La depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de entre 15 y 19 años de edad, y el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años. Se estima que, en conjunto, unos 71 mil adolescentes cometen suicidio anualmente y una cifra

CUÍDATE - CUÍDAME

40 veces superior lo intenta. Entre los principales factores desencadenantes del suicidio están la depresión asociada con un embarazo no deseado; los maltratos en la infancia; la violencia en la familia, la escuela y el vecindario; la pobreza y la exclusión social (7).

Gráfica 6. Inicio de control prenatal según trimestre de la gestación, en los casos de muerte materna, Caldas 2013 - 2016 hasta periodo 13



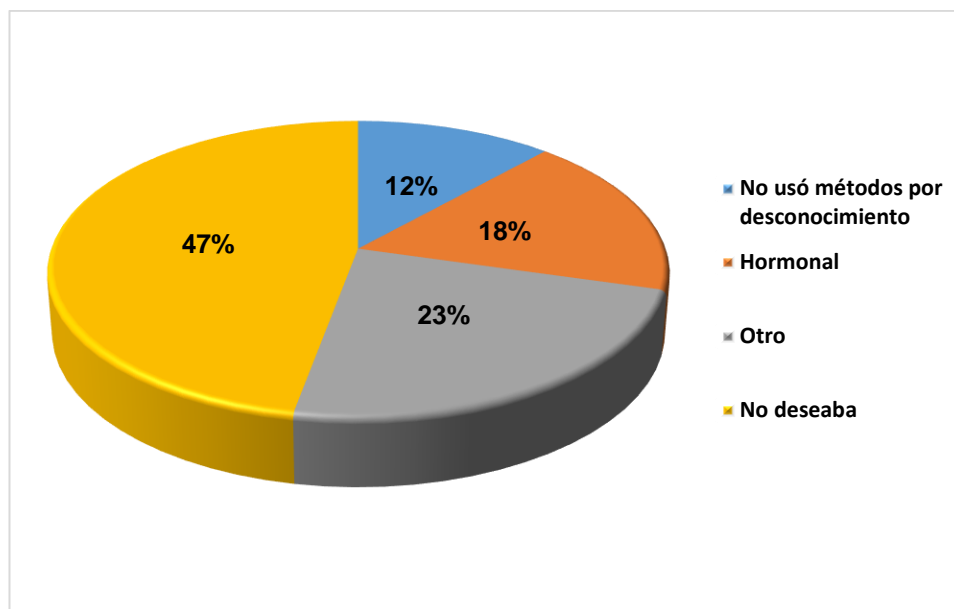
Fuente: Sivigila

En el periodo analizado se presentaron 7 muertes maternas directas. Según el inicio del control prenatal se puede identificar en la Gráfica 6 que el 61,9% de las gestantes iniciaron en el primer trimestre de la gestación; el 38,1% en el segundo trimestre y 4,78% (n=1) no tuvo control prenatal. Lo anterior demuestra que existen deficiencias en la captación de las gestantes para el inicio temprano de los controles prenatales y detectar así, de manera oportuna, los riesgos obstétricos tanto físicos, biológicos y psicosociales.

El 87,5% de las muertes maternas directas ocurrieron en el tercer trimestre de la gestación, el 12,5% sobre el primer trimestre. La edad gestacional media fue de 29,5 semanas, la mediana de 34,5 semanas. Este patrón de ocurrencia sugiere que las causas de muerte se presentaron durante la gestación y en el momento del parto y posparto.

CUÍDATE - CUÍDAME

Gráfica 7. Porcentaje de casos de muerte materna según regulación de la fecundidad, Caldas 2014 – 2016 hasta periodo epidemiológico 13



Fuente: Sivigila DTSC 2016

En cuanto a la pregunta de si el embarazo que llevo a la muerte era deseado o no y que método de planificación usaban las mujeres fallecidas, se encontró que No deseaba usar métodos el 47%, el 18% de los casos reportó que utilizaban métodos hormonales, el 23% usaba otro tipo de métodos y 12% no utilizo métodos de regulación de la fecundidad por desconocimiento. (Gráfica7).

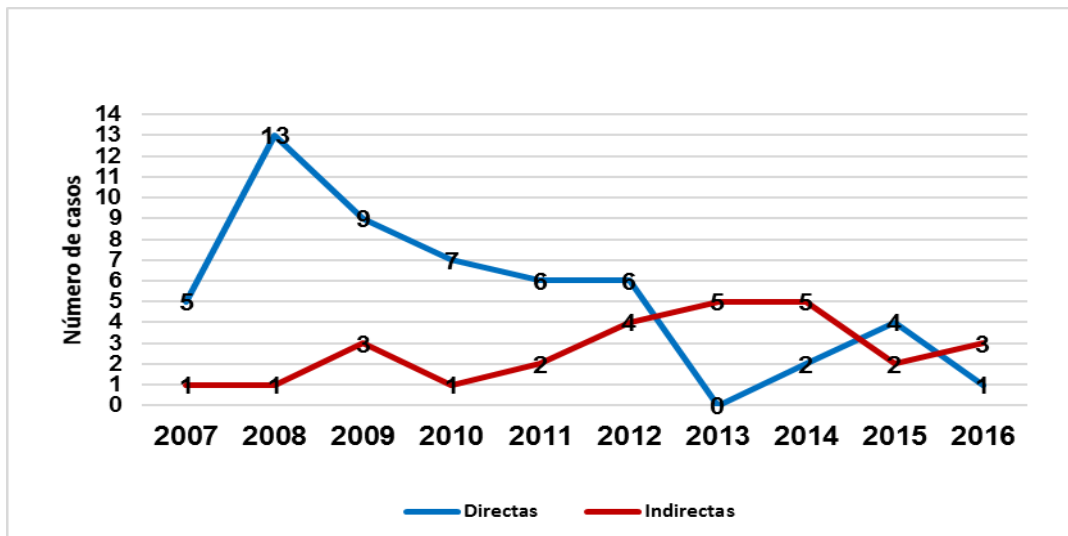
El 50% de los casos era primigestante, el 38% tenía de 2 a 4 embarazos y el 12% fue múltipara (más de 5 embarazos).

5.4. Tendencia del evento

Puede observarse en la gráfica 8, el patrón de ocurrencia de los casos de muerte materna y su clasificación desde el año 2007 al 2016 (semana 52), Los casos por causas directas mostraron una reducción, pero las causas indirectas tienden a aumentar y a invertirse la ocurrencia de los casos comparado con los años anteriores.

CUÍDATE - CUÍDAME

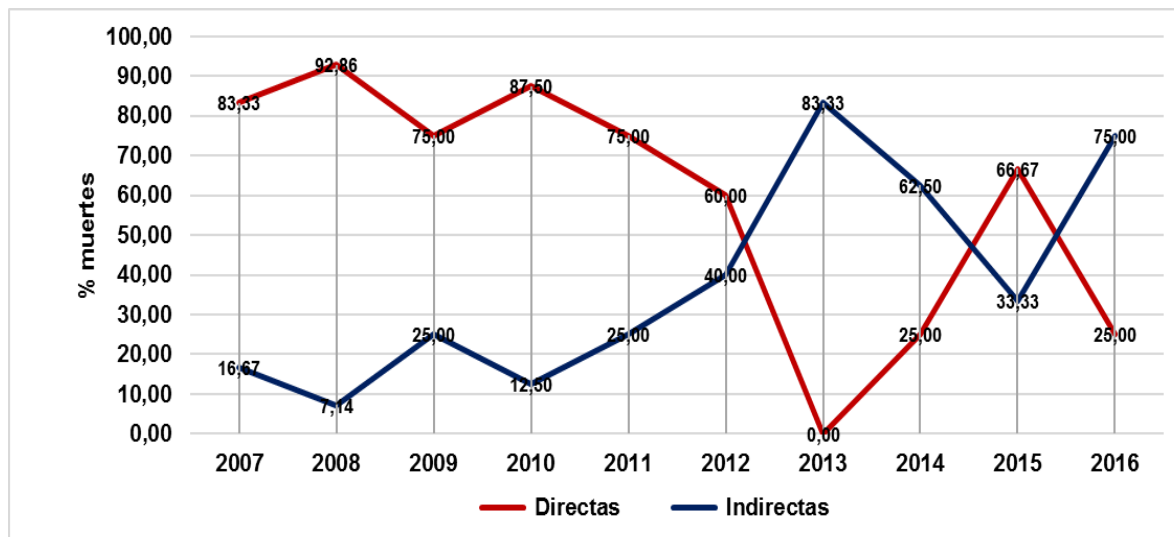
Gráfica 8. Mortalidad materna según clasificación directas e indirectas, Caldas 2007 a 2016.



Fuente: sivigila DTSC 2016

El reporte de mortalidad materna por causas directas ha ido en disminución desde el año 2013 donde no se documentaron casos, para el año 2016 solo se documentó un caso de MM por causas relacionadas con el proceso obstétrico.

Gráfica 9. Razón de mortalidad materna directas e indirectas, Caldas 2007 a 2016



Fuente: sivigila DTSC 2016

CUÍDATE - CUÍDAME

Para el año 2016 la razón de mortalidad materna para el departamento se estimó en 41,38 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, la razón de muerte materna en Colombia para la semana 52 es de 48,5 casos por 100.000 nacidos vivos. Manizales con 37,56 tiene una razón de muerte materna por encima del promedio departamental, Anserma reportó una RMM de 495,05 por 100000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna por causas directas para el departamento ha oscilado entre 83.33 por 100000 nacidos vivos en el año 2007, 92,86 por 100000 nacidos vivos en el 2008 a partir del cual se evidencia una disminución en caída hasta 0 por 100000 nacidos vivos en el año 2013, disminuyendo en un 50% en el 2016 con respecto a la presentada por causas directas en el año 2015. Ver gráfica 9.

Tabla 3. Razón de Muerte Materna según municipio de residencia, Caldas 2016.

Municipio	Casos	Nacidos Vivos	RMM
Manizales	2	5325	37,56
Aguadas	0	127	0,00
Anserma	1	202	495,05
Aranzazu	0	53	0,00
Belalcázar	0	54	0,00
Chinchiná	0	621	0,00
Filadelfia	0	25	0,00
La Dorada	0	1524	0,00
La Merced	0	21	0,00
Manzanares	0	104	0,00
Marmato	0	54	0,00
Marquetalia	0	52	0,00
Marulanda	0	5	0,00
Neira	0	61	0,00
Norcasia	0	25	0,00
Pácora	0	52	0,00
Palestina	0	9	0,00
Pensilvania	0	63	0,00
Riosucio	0	607	0,00
Risaralda	0	65	0,00

CUÍDATE - CUÍDAME

Municipio	Casos	Nacidos Vivos	RMM
Salamina	0	210	0,00
Samaná	0	93	0,00
San José	0	33	0,00
Supía	0	178	0,00
Victoria	0	19	0,00
Villamaría	0	42	0,00
Viterbo	1	43	2325,58
TOTAL	4	9667	41,38

Fuente: Sivigila

2. DISCUSIÓN

Todo lo descrito con la información de la vigilancia en salud pública del evento mortalidad materna continúa mostrando las inequidades sociales presentes, en relación a condiciones de vida, acceso a servicios maternos de calidad, que tienen distinto impacto en la vida de las mujeres, en función de factores tales como la edad, los ingresos, el grupo étnico, el alfabetismo y la zona geográfica de residencia.

De otra parte la información de la vigilancia del evento provee evidencias sobre las deficiencias en la prestación de los servicios de salud, las cuales son susceptibles de intervenir, entre ellas están la eliminación de barreras de acceso a programas y métodos de regulación de la fecundidad más efectivos, el acceso universal y temprano al control prenatal, el seguimiento estricto a la gestante durante todo el embarazo detectando los riesgos biopsicosociales y los eventos susceptibles de complicaciones haciendo intervenciones oportunas, en especial a partir de la finalización del tercer trimestre del embarazo, contar con mecanismos eficientes de referencia y contrarreferencia en torno a las complicaciones detectadas a las gestantes y su feto o recién nacido, así como contar con los mejores recursos humanos e insumos para la atención del parto, postparto y las complicaciones del recién nacido.(13)

Al observar las principales causas de muerte materna como son los trastornos hipertensivos, las complicaciones hemorrágicas, las sepsis, el aborto, se identifica que de acuerdo a los avances en el campo de la medicina y tecnologías en salud son problemas que se pudieron intervenir oportunamente mediante la identificación de las complicaciones iniciales. Un ejemplo de ello es las complicaciones hemorrágicas postparto, que con el adecuado monitoreo de la mujer puerpera, la organización y activación del equipo de salud y contar con los insumos para corregir las complicaciones que se inician durante la primera hora en que inicia la

CUÍDATE - CUÍDAME

hemorragia por problemas derivados del parto, se puede prevenir eventos fatales. Los trastornos hipertensivos igualmente, se pueden detectar y controlar desde el control prenatal, así como la administración de medicamentos con el fin de prevenir complicaciones.

El aborto sigue documentándose dentro de las principales causas de muerte en donde independiente del tipo de aborto, ya sea espontaneo o provocado, la atención no oportuna y segura fue la causa de complicación por sepsis o hemorragia que llevo a la mujer a la muerte. (14)

La carencia de un número de camas acorde con la cantidad de casos de morbilidad materna que se están presentando, hace que la situación de referencia y contrarreferencia sea critica al momento de solicitar la atención oportuna, es así como en muchas ocasiones deben ser derivadas al tercer nivel, algunas en la capital del departamento, otras a otros departamentos como Risaralda, Tolima, Antioquia, Cundinamarca, entre otros. Lo anterior en el contexto de la emergencia obstétrica se convierte en un gran reto para las instituciones de salud y el personal de salud.

Al garantizar el acceso a servicios sanitarios de calidad durante el embarazo y el parto, estamos ayudando a salvar vidas. Hay intervenciones que son básicas, entre ellas: mantener una higiene adecuada para reducir el riesgo de infección, inyectar oxitocina inmediatamente después del parto para reducir el riesgo de hemorragia grave, diagnosticar y tratar problemas potencialmente mortales como la hipertensión inducida por el embarazo, y garantizar el acceso de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar. (15)

3. CONCLUSIONES

Las principales causas de muerte materna reportadas hasta el periodo 13 de 2016 fueron Trastornos hipertensivos, complicaciones hemorrágicas y sepsis obstétricas evidenciando un comportamiento sostenido de las mismas. La carga de la enfermedad para la salud materna cobra un nuevo reto, dado que las políticas en salud y los prestadores de servicios de salud se deben abordar el manejo preventivo y resolutivo oportuno.

El inicio temprano de los controles prenatales, así como el mejoramiento de las condiciones de accesibilidad a la atención medica inciden de manera fundamental en la prevención de la morbimortalidad materna, haciendo necesario reforzar para esto, la parte logística, la promoción y prevención y la educación en salud sexual y reproductiva a todas las mujeres en edad fértil.

La notificación de muertes maternas directas ha presentado una disminución progresiva en el departamento como parte del desarrollo de estrategias eficaces en

CUÍDATE - CUÍDAME

las diferentes líneas de la dimensión de derechos sexuales y derechos reproductivos, aunque todavía no se logran impactar otros factores.

Es definitivo mejorar la capacidad instalada de las instituciones que atienden partos tanto de bajo como de alto riesgo, frente a insumos para atender urgencias obstétricas, así como elevar las capacidades y habilidades del talento humano para atender las principales complicaciones de la gestación, mediante entrenamientos y evaluación de las aptitudes capacidades, así como de las actitudes que también definen la calidad de la atención en forma rutinaria. (14)

Las muertes maternas indirectas se han incrementado por lesiones de causa externa, así como también se ha dado el suicidio y el homicidio. El análisis de las causas debe tenerse en cuenta para el desarrollo de acciones de intervención en la mujer desde el aspecto biopsicosocial y desde el acompañamiento a la pareja por parte de los profesionales del área social.

Se identifican algunas barreras administrativas por parte de las Empresas administradoras de planes de beneficio, como falta de oportunidad en las remisiones a Ginecología, resultados de paraclínicos, inconvenientes con la necropsia clínica, fallas de aseguramiento como la portabilidad o movilidad que debe ser gestionada desde cada aseguradora debido a las características de las poblaciones que se mueven en el departamento ocasionadas por el carácter transitorio o migrante por la actividad productiva, mucho de ello relacionado con el comercio del café.

Desde el aspecto de las competencias de talento humano, la alta rotación del personal de salud, la débil adherencia a los protocolos de manejo por parte de los profesionales que abordan los casos de morbilidad materna y demás variables asociadas, afecta de manera directa la calidad en la atención.

4. RECOMENDACIONES

Implementar las acciones colectivas necesarias las cuales deben estar integradas con la política nacional de salud sexual y reproductiva. Los planes de mejoramiento deben permitir que se generen acciones que incidan en el nivel colectivo.

La *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente 2016 -2030* de Naciones Unidas, establece estrategias para terminar las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes y crear entornos donde estos grupos poblacionales se desarrollen, brindándoles salud y bienestar. Todo ello para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Como parte de estas estrategias, la Organización Mundial de la Salud colabora con los países asociados para:

CUÍDATE - CUÍDAME

- Resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos;
- Lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal;
- Abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas
- Reforzar los sistemas de salud para que puedan responder a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas; y
- Garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad. (1) (14).

Al observar en los casos de muertes maternas las deficientes actividades de promoción y prevención frente a salud sexual y reproductiva, especialmente frente a regulación de la fecundidad y control prenatal, se debe replantear la forma en que se hace la planeación y contratación de las mismas entre el asegurador y su red de prestadores. El asegurador debe programar, hacer seguimiento y evaluar el impacto teniendo en cuenta que estas actividades deben dirigirse a la totalidad de mujeres en edad fértil y de gestantes aseguradas en todo el territorio nacional. (14)

Las IPS que cuentan con servicios de atención obstétrica tanto de primer nivel como de mayor nivel de complejidad deben garantizar de acuerdo a su nivel, los procesos e insumos en cuanto a infraestructura física, ambulancias, medicamentos, equipos médicos y talento humano capacitado y empoderado para brindar una atención de calidad a toda mujer con un evento obstétrico (legrado, Interrupción Voluntaria del Embarazo, atención del parto o cesárea, atención del puerperio) e identificación oportuna del riesgo y de las complicaciones presentadas para que sea remitida y atendida tempranamente en el nivel de atención y por los especialistas que requiera, teniendo en cuenta que el mayor porcentaje de muertes maternas obedecen a problemas de la calidad de atención, durante la atención del evento obstétrico y posterior al mismo. (14)

Según el Informe Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2015 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD el principal desafío del país es reducir las inequidades que se observan en la mortalidad materna principalmente en los territorios con población indígena, afrodescendiente y en áreas rurales dispersas y en zonas urbanas marginales, para lo cual es necesario:

- Impactar los determinantes relacionados con la misma como la pobreza, el bajo nivel educativo, las inequidades producto de la condición de género y étnicas.
- Fortalecer el acceso, la oportunidad, la pertinencia etnocultural y la calidad en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva integrales, asegurando la anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia, la interrupción voluntaria del embarazo, los servicios de salud amigables para

CUÍDATE - CUÍDAME

adolescentes y jóvenes y favoreciendo la aplicación de guías y protocolos para asegurar la atención con calidad del embarazo, el parto y sus posibles complicaciones.

- Continuar los esfuerzos para reducir el embarazo adolescente especialmente en las menores de 14 años, consideradas víctimas de violencia sexual, para lo cual es necesario asegurar el cumplimiento de rutas y protocolos de atención.
- Generar estrategias para empoderar niñas, adolescentes y mujeres respecto al conocimiento y exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos.
- Involucrar a la comunidad, incluidas las autoridades indígenas, hombres, organizaciones de mujeres, lideresas y parteras en las respuestas locales para reducir la mortalidad materna.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. (noviembre de 2015). Centro de prensa. Recuperado el 23 de enero de 2017, de Mortalidad Materna. Nota descriptiva N° 348: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Departamento Nacional de Planeación. (2011). Documento Conpes Social 140. Bogotá D.C.
3. Organización Mundial de la Salud. (2016). Plan operacional para llevar adelante la Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente. Consejo ejecutivo, 138° reunión
4. Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública. PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá D.C.
5. Organización Mundial de la Salud. (mayo de 2015). Centro de prensa. Recuperado el 30 de enero de 2016, de Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nota descriptiva N° 290: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>
6. Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Temas de Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Recuperado el 17 de Mayo de 2016, de ODM: 5 mejorar la salud materna: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/es/
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -Unicef. (2008). Estado mundial de la infancia 2009. Salud materna y neonatal. Nueva York.
8. Organización Panamericana de la Salud. (9 de mayo de 2014). Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU. Recuperado el 30 de

CUÍDATE - CUÍDAME

enero de 2017, de

http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=839:once-paises-de-america-latina-y-el-caribe-registraron-avances-en-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-segun-nuevo-informe-de-la-onu&catid=697:noticias

9. <http://www.uca.edu.sv/noticias/texto-1357>, Suicidio en el embarazo Carlos Ayala Ramírez, *director de Radio YSUCA*.
10. Instituto Nacional de Salud. (2016). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Mortalidad Materna. Bogotá D.C.
11. 12. Gran Álvarez, M. A., Torres Vidal, R. M., López Nistal, M., & Pérez Leyva, M. E. (2013). Fecundidad, anticoncepción, aborto y mortalidad materna en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 822-835.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2013. Bogotá D.C.
13. Romero Porras, P. C. (2016). Informe del evento Mortalidad Materna. Periodo epidemiológico IX, Colombia, 2016. Bogotá D.C. recuperado enero de 2017
14. DTSC Dirección territorial salud Caldas Informe anual mortalidad Materna 2015.
15. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternal-mortality/es/>